

Tabuthema Stuhlinkontinenz

Bad Salzungen – In der Reihe „Talk im Klinikum“ widmete man sich dieses Mal einem Tabuthema. Der Oberarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, MUDr. Peter Tokar, referierte über „Neue diagnostische und therapeutische Verfahren zur Behandlung von Stuhlinkontinenz“. Der Arzt sagte gleich zu Beginn: „Über dieses Thema wird nicht geredet. Dabei können wir als Ärzte gut helfen und die Lebensqualität wieder herstellen.“

Unter Stuhlinkontinenz versteht man die Unfähigkeit, seinen Stuhlgang oder Winde zurückzuhalten und Ort und Zeit der Entleerung selbst zu bestimmen. Sie betrifft Menschen aller Altersgruppen, kommt aber bei Älteren häufiger vor. Durch die Anatomie des Beckenbodens und die Geburten trifft es mehr Frauen als Männer. Tokar sagt: „Der Gesamtaufwand der Krankenkassen ist bei der Behandlung auf dem gleichen Niveau wie bei hohem Blutdruck. Es ist also enorm.“ Die Stuhlinkontinenz wird in verschiedene Schweregrade eingeteilt. Dabei ist das Empfinden von Kontinenz subjektiv.

Anatomisch gesehen bilden der innere und äußere Schließmuskel, die Beckenbodenmuskulatur und die sensible Schleimhaut des Analkanals das Kontinenzorgan, welches für die Ausscheidung von Stuhl zuständig

ist. Ursächlich für eine Stuhlinkontinenz kann eine veränderte Stuhlkonsistenz sein, wie es beispielsweise beim Reizdarm oder bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten der Fall ist. Weitere Ursachen sind Störungen der Kapazität, der Beckenbodenfunktion, der Schließmuskelfunktion und der Sensibilität. Das kann nach



Oberarzt Peter Tokar.

Operationen, Geburten oder Verletzungen im Beckenboden oder am Kontinenzorgan sein. Für die Diagnose ist eine ausführliche Anamnese wichtig. Der Oberarzt betont: „Dafür nehmen wir uns viel Zeit. Denn schon hier können wir Hinweise auf mögliche Ursachen bekommen.“ Außerdem sollte der Patient einen Fragebogen ausfüllen und ein Stuhltagebuch schreiben.

Bei der Untersuchung des Patienten liegt der Fokus auf dem Ausschluss von Tumoren. Denn diese kommen immer häufiger vor. Nach einer äußerlichen Inspektion der Afterregion werden After und Schließmuskel abgetastet. Bei der Mastdarmspiegelung und bei einer Spiegelung des Analkanals kann der Arzt den letzten Abschnitt des Darms ein-

sehen. Je nach Fragestellung schließen sich weitere Untersuchungen an. Eine weitere Untersuchungsmöglichkeit ist die Defäkographie. Dabei wird der Enddarm mit Kontrastmittel gefüllt und der Entleerungsvorgang im Röntgenbild verfolgt. Auch ein Ultraschall des Afters und eine Messung des Verschlussdrucks der analen Schließmuskeln können erfolgen. Eine neurologische Untersuchung ist nur selten nötig.

Zur Therapie kann der Patient selbst viel beitragen. Beckenbodengymnastik ist erfolgversprechend, wenn die Einweisung durch einen Experten erfolgt und monatelang täglich geübt wird. Lebensmittel wie Weizenkleie und Knäckebrot, aber auch pflanzliche Präparate wie Gelbildner und Pektine können helfen. Darüber hinaus gibt es verschiedene Medikamente. Wenn die konservative Therapie nicht erfolgreich ist, kann an eine Operation gedacht werden. Der Standard ist dabei die Sakralnervenstimulation SNS. Dieses Verfahren wird angewendet bei intaktem Schließmuskel, aber mittlerweile auch bei Schließmuskeldefekten. Außerdem müssen vorher weitere mögliche Ursachen wie Blasen- oder Beckenbodensenkung oder ein Darmriss ausgeschlossen werden. Bei der SNS werden unter Vollnarkose Elektroden im Bereich des Kreuzbeins eingebracht und mit einem ex-

ternen Schrittmacher verbunden. Er stimuliert die Nerven, die für den Schließmuskel zuständig sind. Die Testphase dauert etwa 14 Tage. Danach entscheidet sich, ob diese Methode hilfreich ist und der Schrittmacher dauerhaft im Körper verbleibt. Ähnlich wie beim Herzschrittmacher hat der Arzt die Möglichkeit, das Gerät individuell anzupassen. Nicht so verbreitet ist die Möglichkeit eines Schließmuskelerersatzes. Dabei werden zwei Operationsmethoden angeboten. Zum einen kann ein bestimmter Oberschenkelmuskel um den Analkanal herumgeführt werden. Ein implantierter Schrittmacher sorgt dann für die Entleerung des Darms. Eine andere Möglichkeit ist ein künstlicher Schließmuskel, der aus einer Kunststoffmanschette, einem Pumpensystem und einem Flüssigkeitsreservoir besteht. Zur Entleerung ist ein Ventil per Hand zu bedienen. Wenn ein Mastdarmvorfall ursächlich für die Stuhlinkontinenz ist, kann mittels einer minimalinvasiv durchgeführten Bauchspiegelung ein Kunststoffnetz eingebracht werden. Damit wird der Mastdarm fixiert, sodass es zu keinem weiteren Vorfall kommen kann.

Wer unter Beschwerden leidet, kann sich an das Klinikum wenden. Terminvereinbarungen sind telefonisch unter ☎ 03695/644491 möglich. ja